

## Banka Paket Hayat Sigortası Başvuru ve Sağlık Beyan Formu

### SİGORTALI ADAYININ

Adı Soyadı : ..... Cinsiyeti : ..... Medeni Hali : .....  
 Doğum Tarihi : ..... / ..... / ..... Doğum Yeri : ..... Boyu : ..... Kilosu : .....  
 Adres : ..... Mesleği : .....  
 Tel : ..... Kredi Numarası : .....  
 Dain-i Mürtehin: FINANSBANK Şubesi ..... Base Numarası : .....  
 TC Kimlik No : .....

### LEHTAR(LAR)IN

Adı Soyadı/Ticari Ünvanı ..... Doğum Tarihi ..... TC Kimlik No: ..... Payı (%) .....  
 .....  
 .....

### SİGORTANIN

Başlangıç Tarihi : ..... / ..... / ..... Bitiş Tarihi : ..... / ..... / ..... Sigorta Süresi : 1 Yıl  
 Standart Paket 96 TL  Geniş Kapsamlı Paket 240 TL

Teminatlar	Teminat Tutarı (TL)	Teminat Tutarı (TL)
Her Türü Vefat	15.000	30.000
Kaza Sonucu Daimi Maluliyet	15.000	30.000
Hastalık Sonucu Tam ve Daimi Maluliyet	15.000	30.000
Kaza Sonucu Tedavi Masrafları Teminatı (Yıllık)	1.500	3.000
Kaza veya Hastalık Sonucu Gündelik Hastane	-	30
Tazminat Teminatı (Günlük)	-	30
Kaza Sonucu Gündelik Tazminat Teminatı (Günlük)	-	30

Toplam Prim Tutarı : ..... TL

Ödeme Şekli :  Peşin  Taksitli

Dönemsel Tutar : ..... TL

### PRİM ÖDEME BİLGİLERİ

Ödeme Tipi :  Finansbank Hesabından Otomatik Ödeme  Kredi Kartından Otomatik Ödeme

#### Finansbank Hesabı Bilgileri

Şube Adı / Kodu : ..... Hesap No : .....

Ödeme Şekli 12 taksidin üzerinde ve Dönemsel Tutar 15 TL'nin altında olamaz.

#### Kredi Kartı Bilgileri

Kredi Kartı No : ..... Son Kullanma Tarihi : .....  
 CVC No : ..... Finansbank Hesabı / Kredi Kartı Sahibinin Adı Soyadı : .....  
 Tarih : ..... İmzası : .....

Aksine bir talimat verene kadar sigorta primlerinin ilgili dönemde ve yenilenecek poliçelerim/sertifikalearım için yukarıda belirttiğim kredi kartı/banka hesabımdan tahsil edilmesi için Finansbank A.Ş.'ye yetki veriyorum. Sigorta süresi içinde kredi kartımın yenilenmesi ya da değiştirilmesi durumunda sigorta primlerim ile ilgili tahsilatların yeni kredi kartı hesabımdan yapılması için Finansbank A.Ş.'ye yetki veriyorum. Herhangi bir aya ait prim borcumun hesabımdan tahsil edilememesi durumunda bu borcumu nakit olarak ödeyeceğimi taahhüt ederim.

Bugüne kadar aşağıda belirtilen rahatsızlıklardan herhangi birini geçirdiniz mi veya bunlarla ilgili herhangi bir rahatsızlığınız var mı?

	Hayır	Evet	(Cevabınız evet ise lütfen kısaca açıklayınız)
Kalp Hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Hipertansiyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Diyabet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Kanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Doğumsal - Kalıtsal (Kojental) Hastalık ya da Deformite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Böbrek Hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Felç	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Sindirim Sistemi Rahatsızlıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Solumun Sistemi Bozuklukları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Endokrin (Hormonal Bozukluklar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Deri ya da Lenf Bezi Hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Sırt ve Bel ile İlgili Rahatsızlıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Ailenizden Herhangi Biri Yukarıdaki Rahatsızlıklardan Birini Geçirdi mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Yukarıdakiler Dışında Herhangi Bir Hastalık Geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Son Yıllarda Bir Hastalık ya da Kaza Sonucu Muayene Oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Eksik / İşlevini Yapmayan Uzununuz Var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
AIDS vb. Testler Yaptırdınız mı? Sonuçları?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Tehlikeli Spor ya da Hobbilerle Uğraşıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Şu Anda Bunların Dışında Başka Bir Sağlık Sorununuz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

Bu başvuru formunda vermiş olduğum bilgilerin tam ve doğru olduğunu, bu bilgilerin yukarıda belirtilen grup hayat sigorta sözleşmesi şartlarına göre yapılacak hayat sigortama esas teşkil edeceğini, bu başvuru formunda belirtmiş olduğum hususlar hakkında doktor, sağlık kurumları ve diğer ilgililerden bilgi alma konusunda Finans Emeklilik ve Hayat A.Ş.'yi yetkili kıldığımı beyan ve kabul ederim.

Sigorta Ettiren :

FINANSBANK A.Ş.

Şube Adı :

Banka Portföy Yöneticisi Adı Soyadı:

İmza :

Başvuru Tarihi:

Sigortalı Adayının İmzası